1922
JUN 19 1923 LIBRARY

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Würde eines Doktors der Zahnheilkunde

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

James Deutsch

aus Tangermünde, Prov. Sachsen.

Referent: Professor Dr. Stieda, Halle a. d. S.

Tangermünde a. E. 1922

Buchdruckerei Rudolf Möllmann.

Die chirurgische Behandlung der angeborenen Gaumenspalte.

Die Behandlung der angeborenen Gaumenspalten ist für Chirurgen und Zahnarzt in gleicher Weise von Bedeutung. Zweifellos steht die chirurgische Behandlung an erster Stelle. Dennoch muß in vielen Fällen der Zahnarzt eingreifen, wenn der Patient die chirurgische Behandlung nicht wünscht, oder der Zahnarzt die Operation durch kieferorthopädische Maßnahmen vorbereiten soll. Oft muß auch der Zahnarzt durch Obturatoren nach mißglückter oder unvollständiger Operation nachhelfen.

Gaumen- und Kieferspalten sind Hemmungsbildungen in der Entwicklung. Die schweren Gefahren für Leben und Gesundheit der Kinder bei dieser Mißbildung, besonders aber die schweren Entstellungen und Funktionsfehler machen eine möglichst frühzeitige Behandlung notwendig Diese Behandlung muß einen kosmetischen Erfolg der Gesichtsbildung erzielen und bewirken, daß die Schädigungen der Entwicklung vermieden werden und ein dem normal anatomischen Befunde der Mundhöhle ähnlicher Zustand erreicht wird. Die angeborenen Gaumenspalten werden durch die Entwicklungsgeschichte als eine Entwicklungshemmung, vielleicht als ein atavistischer Rückschlag erklärt. Die verschiedenen Abstufungen der Mißbildung sind aus den verschiedenen Stadien der Entwicklungshemmung beim Fortschreiten der Entwicklung zu erklären. Der höchste Grad der Entstellung ist die doppelte Kiefer- und Gaumenspalte mit doppelter Hasenscharte, wobei der Zwischenkiefer als Bürzel weit nach vorn und oben steht. Geringer ist der Grad der Entwicklungshemmung bei einseitiger totaler Spalte der Lippe, des Kiefers und Gaumens. Etwas weniger groß ist die Hemmungsbildung, wo nur ein Spalt des weichen Gaumens vorliegt und am Geringsten bei der reinen Hasenscharte.

Es ist noch nicht geklärt, ob wie es Goethe und Köllicker annehmen, jeder Oberkieferfortsatz einem

Zwischenkiefer entspricht, oder wie Albrecht und andere annehmen, vier Zwischenkiefer angelegt sind.

Als Ursache der angeborenen Spaltbildung werden von Süßmuth Vererbungserscheinungen angegeben. Wilms nimmt ungenügendes Keimmaterial als Ursache an. Ferner werden Zwischenlagerungen benachbarter Teile des embryonalen Körpers, Vergrößerung der Zunge, überzählige Zahnanlage (Warnekros) und verschiedene andere Gründe angegeben. Brophy hat nachgewiesen, daß in den meisten Fällen die einzelnen Teile des Kieferskeletts normal entwickelt sind, nur eine normale Vereinigung nicht zustande gekommen ist. Die Entstellung ist nur dadurch entstanden, daß infolge einer Entwicklungshemmung das Oberkieferskelett sich nicht vereinigt hat und dann an der weiteren Entwicklung des Körpers nicht teilgenommen hat. Viele Störungen werden durch diese Mißbildung verursacht. Fehlschlucken, Nasen - Rachenkatarrhe, Hypertrophie der Nasenschleimhaut, Krankheiten des Atmungstraktus und viele andere, abgesehen von den Sprachstörungen. Möglichst frühzeitige und dauernde ärztliche Beobachtung der Kinder ist daher dringend notwendig.

Einen guten Erfolg kann der Zahnarzt durch Obturatoren erzielen, der bereits beim kleinen Kinde durch Gummiplättchen oder bestimmte Saugpropfen einsetzt (nach Brophy und Warnekros), indem dadurch das Saugen der Kinder möglich ist. Süersen konstruierte den ersten guten Obturator, der aus einer Gaumenplatte mit angehängtem Kloss besteht und den Passavant'schen Wulst benutzt, um gute Spracherfolge zu erzielen. Warnekros verkleinerte den Kloss ganz bedeutend, indem er auch die unteren Teile des M. constrictor pharyngeus sup. benutzte. Eine andere Art mit weichbleibendem Kautschuck gibt Schiltsky an, andere Formen Kingsley und Schröder. Oftmals müßen auch die Obturatoren angewandt werden bei nicht günstiger Operation. Diese schließen sich in Formen und Arten den oben erwähnten an.

Schon zur Zeit der alten Römer wurde versucht, die kosmetischen Entstellungen der Gaumenspalten zu beseitigen. Im Mittelalter bis zur Neuzeit wurde nur die Lippenspalte verschlossen. Erst 1816 führte Graefe die Naht des harten

und weichen Gaumens aus. Fergusson suchte das Ausreißen der Nähte durch die Muskelbewegung zu verhindern, indem er die Gaumenmuskel ablöste. Julius Wolff löste die mukös-periostalen Überzüge des harten Gaumens von Seitenschnitten aus ab und den weichen Gaumen von seinem Ansatz am hinteren Gaumenbein. 1861 gab Langenbeck seine Operation an, indem er den Defekt durch mukös-periostale Lappenbildung verschloß, nachdem er diese durch Seitenschnitte an den Zahnreihen von der Gaumenplatte gelöst hatte. Wolff führt diese Operation in zwei Teilen aus und trat als Erster für die Frühoperation in den ersten Lebensjahren ein. Er hatte anfangs ziemlich viele Todesfälle, die später aber zurückgingen.

Brophy war der erste, der auf entwicklungsgeschichtlicher Grundlage zuerst die Bildung eines normalen Kieferbogens anstrebte, indem er durch Loslösung des Zwischenkiefers und Drahtnaht durch die Kiefer, über Bleiplatten geknotet, eine Vereinigung des Oberkieferskeletts und der Gaumenplatten erreichte. Falls dies nicht möglich war, suchte er eine maximale Näherung dieser Knochenteile zu erreichen. Erst nach knöcherner Vereinigung schloß er den weichen Gaumen und die Gaumenschleimhaut, wobei er ebenfalls Drahtnähte über Bleiplatten benutzte. Er operiert sehr frühzeitig, bereits im Alter von 2 Wochen bis 3 Monaten. Er berichtet über sehr gute Erfolge bei fast 1000 Operationen und gibt sehr einleuchtende Gründe für diese seine eine Operationsmethode an. Er legt großen Wert darauf, daß die Hasenscharten-Operation erst nach Kiefer- und Gaumenschluß ausgeführt wird, um den Zugang zur Mundhöhle nicht zu versperren.

Kaerger berichtet über 56 günstige Erfolge in der Berliner Klinik bei Bier nach Operationen mit der Brophy'schen, etwas modifizierten Methode. Die Operation wird teilweise mit Narkose, lokaler Betäubung oder ohne jede Betäubung ausgeführt, teilweise bei hängendem Kopf oder in aufrechter Haltung.

Die Operation der Lippe wird im allgemeinen nach Mirault oder nach König ausgeführt, wobei König durch Entspannungsschnitte größere Beweglichkeit zu erlangen versucht.